

**Lorranie Suzan Soares Resende**

**Impacto do sofrimento existencial na dinâmica familiar brasileira**

**Uberlândia**

**2019**

**Lorranie Suzan Soares Resende**

**Impacto do sofrimento existencial na dinâmica familiar brasileira**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Instituto de Psicologia da  
Universidade Federal de Uberlândia,  
como requisito parcial à obtenção do  
Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Marciana  
Gonçalves Farinha.

**Uberlândia**

**2019**

**Lorranie Suzan Soares Resende**

**Impacto do sofrimento existencial na dinâmica familiar brasileira**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Marciana Gonçalves Farinha.

Banca Examinadora

Uberlândia, 18 de setembro de 2019

---

Profa. Dra. Marciana Gonçalves Farinha

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Profa. Dra. Karine Santana de Azevedo Zago

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Mestranda Raíssa de Brito Braga

Uberlândia, MG

**Uberlândia**

**2019**

## **Resumo**

Após as transformações engendradas pela Reforma Psiquiátrica no cuidado oferecido às pessoas com transtornos mentais, houve sua reinserção na sociedade e a inclusão da família no tratamento. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer o que a literatura científica traz sobre o impacto do sofrimento psíquico de um parente na dinâmica e nas relações familiares brasileiras. Como questão norteadora demarcamos: “Existem evidências na literatura nacional de que o sofrimento existencial de um familiar pode impactar nas relações entre os demais membros?”. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com busca nas bases de dados LILACS e PePSIC. A reflexão sobre os impactos do adoecimento psíquico nos familiares e na vivência do grupo familiar é necessária para compreender o que a literatura científica traz das publicações sobre o tema, o que propiciará compreender os conflitos e desgastes comuns dessa realidade. A expansão dos serviços e a execução do cuidado territorial pode auxiliar o tratamento da pessoa com transtorno mental e amenizar a sobrecarga causada pelo surgimento do adoecimento psíquico na dinâmica familiar, uma vez que o cuidado passa a ser compartilhado em rede.

**Palavras-chave:** saúde mental, família, intervenção em saúde.

## **Abstract**

After the transformations engendered by the Psychiatric Reform in the care offered to people with mental disorders, there was their reinsertion into society and the inclusion of the family into the treatment. This research aims to find out how the scientific literature contributes to the impact of psychological distress of a relative on the Brazilian family dynamics and relationships. As a guiding question we point out: "Is there evidence in the national literature that the existential suffering of a family member can impact on the relationships between other members?". This is an integrative literature review, searching the LILACS and PePSIC databases. The reflection about the impacts of mental illness on family members and family group experience is necessary to understand what the scientific literature brings from publications on the subject that will allow understanding of the common conflicts and stress of this reality. The expansion of services and the implementation of local care can help with the treatment of people with mental disorders and ease the burden caused by the emergence of mental illness in family dynamics, since care is now shared in a health network.

**Key-words:** mental health, family, health intervention.

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução.....</b>	<b>5</b>
<b>2 Método .....</b>	<b>9</b>
<b>3 Resultados .....</b>	<b>10</b>
<b>4 Discussão .....</b>	<b>24</b>
<b>5 Considerações Finais .....</b>	<b>35</b>
<b>6 Referências .....</b>	<b>38</b>

## **Introdução**

Falar de pessoas em sofrimento psíquico faz-se necessária a conceituação. As terminologias usadas sofreram modificações ao longo do tempo. O termo doente mental e portador de doença mental modificaram-se para pessoa em sofrimento psíquico (Gomes, Martins, & Amendoeira, 2011; Vicente et al., 2013). Doença mental alterou-se para sofrimento psíquico, transtorno mental (Almeida et al., 2011; Santos et al., 2015; Perrusi, 2015). Atualmente, além dos termos mencionados, tem-se utilizado sofrimento existencial (Sá & Barreto, 2011). A terminologia utilizada neste trabalho será sofrimento psíquico e sofrimento existencial. O sofrimento psíquico deve ser compreendido como um fenômeno complexo e histórico, atravessado por dimensões biopsicossociais (Colvero, Ide, & Rolim, 2004), se caracteriza como adoecimento com manifestação psicológica associada a alguma alteração no comportamento resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química, bem como alterações no modo de pensar e/ou de humor, podendo produzir prejuízos no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar da pessoa acometida (Almeida & Mendonça, 2017).

Historicamente a família foi excluída do tratamento concedido às pessoas em sofrimento psíquico<sup>1</sup>. Os hospitais psiquiátricos eram construídos distantes da metrópole, o que dificultava o acesso dos familiares (Borba, Paes, Guimarães, Labronici, & Maftum, 2011). A pessoa em sofrimento psíquico foi distanciada da família como proposta de “isolamento terapêutico”, tinha como justificativa ameaça de alienação e, por isso, necessitava ser protegida (Pimenta & Romagnoli, 2008; Sant’Ana, Pereira, Borenstein, & Silva, 2011). Ao passo que a família foi também acusada de promover a loucura, uma vez que o familiar era considerado como aquele que carregava as mazelas do núcleo familiar, demandando afastamento daqueles causadores de seu adoecimento (Bessa & Waidman,

---

<sup>1</sup> Neste trabalho utilizaremos os termos “sofrimento psíquico” e “sofrimento existencial”. COMO SINONIMOS,

2013; Borba et al., 2011; Pimenta & Romagnoli, 2008; Sant’Ana et al., 2011). Outras vezes, a família delegou o cuidado pelo desconhecimento acerca do adoecimento, de não saber como agir frente a certas manifestações do familiar em sofrimento existencial, bem como pela sobrecarga física e emocional (Colvero et al., 2004). O afastamento da família no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico contribuiu para a ruptura de vínculos familiares, visto que as instituições de tratamento não visavam sua reinserção familiar e social (Moreno, 2009).

A assistência em saúde mental – atenção que integra a participação da comunidade, trabalho em equipe e inclui a família no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico – surgiu com o movimento da Reforma Psiquiátrica, que no Brasil surgiu com a Redemocratização do país, no final da década de 70 (Almeida, Felipes, & Pozzo, 2011; Bessa & Waidman, 2013; Borba et al., 2011; Colvero et al., 2004; Gambatto & Silva, 2017; Pimenta & Romagnoli, 2008; Sant’Ana et al., 2011; Santos, Eulário, & Barros, 2015; Vecchia & Martins, 2006; Vicente, Mariano, Buriola, Paiano, Waidman, & Marcon, 2013). Outro marco significativo foi a Lei 10.216/2001, a qual assegurou os direitos da pessoa em sofrimento existencial grave que necessitava de atendimento especializado e internações, valorizando ações extramuros e no território (Bessa & Waidman, 2013). Assim como, propôs reintegrá-la na sociedade e, a partir do seu retorno ao âmbito familiar, intentou reduzir as internações psiquiátricas (Borba et al., 2011; Pimenta & Romagnoli, 2008; Vicente et al., 2013).

Advindo do processo de desinstitucionalização, ocorreram modificações na atenção em saúde mental, destacando-se: fechamento de 16 mil leitos em hospitais psiquiátricos; desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica; investimento em ações extra-hospitalares; implantação da saúde mental na atenção básica; enfrentamento da questão da inclusão social pelo trabalho intersetorial e a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses serviços no ano de 2014 somavam-se 1.351,

em 2018 perfaziam o total de 2.092. À medida que em 2014 o número de leitos psiquiátricos era 42.007, reduziu-se para 32.252 de 2018 (Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde, 2019).

Deparamo-nos, no início deste ano, com a divulgação da Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (Brasil, 2019). A norma foi retirada posteriormente, porém, as intenções políticas e técnicas anunciadas pela atual Coordenação Nacional de Saúde Mental continuam sendo atualizadas por seus posicionamentos públicos e pela emissão de Portarias e Resoluções que apontam para retrocessos das Políticas de Saúde Mental brasileiras (Lussi et al., 2019). As evidências encontradas em produções científicas que embasam as práticas e Políticas de Atenção Psicossocial apontam para a ineficiência e a iatrogenia dos tratamentos de caráter asilar ou segregacionistas, bem como ressaltam a eficácia clínica dos tratamentos comunitários (Campos, Onocko-Campos, & Del Barrio, 2013).

A Nota Técnica mencionou acerca de variedade de cuidados, porém, vale ressaltar que a RAPS é a rede mais plural dentre as redes de serviço de saúde. Em situações mais graves, as quais demandam acolhimento em regime hospitalar, após todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, há a oferta de leitos em hospitais gerais, bem como leitos de acolhimento noturno em CAPS III e CAPSad III. A territorialidade ausente na Nota Técnica é fundamental, uma vez que só com o cuidado no território é possível reabilitar e ressocializar pessoas (Paiva, Torrenté, Landim, Branco, Tamboril, & Cabral, 2016).

A Nova Política Nacional de Saúde Mental editada pelo governo de Jair Bolsonaro em março deste ano, alterou diretrizes e passou a liberar para o Sistema Único de Saúde (SUS), a compra de aparelhos usados para eletrochoque, a internação de crianças em hospitais psiquiátricos e a abstinência para o tratamento de pessoas com dependência em álcool e outras drogas (<https://www.brasildefato.com.br>, recuperado em 7 de agosto, 2019).



Os hospitais de grande porte e isolados, os quais o Ministério da Saúde visou manter na Nota em questão, caminham totalmente contrários ao cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica e pela Lei 10.216/01, o qual oferta atenção e acompanhamento territorial e ressocialização da pessoa em sofrimento psíquico no contexto social e familiar (Brasil, 2001).

A família é a primeira rede social do sujeito (Vicente et al., 2013). Segundo Colvero et al. (2004) a família pode ser identificada “enquanto um grupo que constitui um campo de relações entre pessoas que compartilham significados de suas experiências existenciais” (p. 198). No Brasil, a prevalência de transtornos mentais comuns na população geral é de 29,9%, chegando a 38% nos usuários da Atenção Primária à Saúde (Gonçalves, Tetelbon, & Kapczinski, 2008; Rocha, Almeida, Araújo, & Virtuoso, 2010).

Com a transformação do cuidado em relação à pessoa em sofrimento psíquico, surgiram dificuldades enfrentadas pelos familiares: lidar com o sofrimento existencial de modo tão próximo e ainda ser parte indispensável do tratamento e reinserção social do familiar (Pimenta & Romagnoli, 2008). Cuidar da pessoa em sofrimento psíquico representa um desafio para a família, visto que envolve sentimentos intrínsecos à um acontecimento imprevisto e seus próprios estigmas em relação aos transtornos mentais (Borba et al., 2011). Sendo assim, as possíveis alterações na estrutura familiar por si só justificam a importância de se investigar de que modo ocorre a dinâmica relacional entre a família e a pessoa em sofrimento existencial, especialmente quando se considera que a compreensão acerca do adoecimento é imprescindível para o êxito do tratamento e reabilitação social (Vicente et al., 2013). Diante do exposto, o objetivo desta revisão foi identificar o que a literatura científica produziu de conhecimento sobre o impacto do sofrimento existencial nas relações familiares brasileiras.

## **Método**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica. Conforme Mendes, Silveira e Galvão (2008) a revisão integrativa de literatura busca conhecer o que foi publicado na literatura científica sobre determinado assunto para uma discussão ampla. Para a elaboração da revisão integrativa é necessário a princípio determinar o objetivo específico da pesquisa, formular os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas e posteriormente realizar a busca para identificação e coleta do maior número possível de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos (Pimenta & Romagnoli, 2008).

Assim, inicialmente foi realizada uma busca sobre a produção do conhecimento referente a dinâmica e relação familiar entre a pessoa em sofrimento psíquico e sua família, tendo como objetivo identificar como é vivenciado o sofrimento existencial no contexto familiar e se há mudanças na relação familiar após o adoecimento psíquico de um dos membros. Foram utilizadas as bases de dados online Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC). Os descritores utilizados foram: família, membros da família, familiares, parente, estresse psicológico, angústia, estresse emocional, sofrimento psíquico, sofrimento existencial, sofrimento mental, saúde mental, transtorno mental, dinâmica familiar, relação familiar, relacionamento familiar, impacto social, mudança social, impacto da doença na qualidade de vida, impacto psicossocial.

Os critérios de exclusão estabelecido foram: artigos que não trouxeram sobre a dinâmica familiar; estudos que não abordaram a temática; artigos em outros idiomas que não português. O critério de inclusão foram todos os trabalhos que abordaram vivências e modificações em torno do surgimento do adoecimento psíquico de um parente na dinâmica

familiar. Após a busca nas bases de dados LILACS e PePSIC, foram encontrados 202 artigos. Posteriormente, através da leitura dos títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão foram pré-selecionados 41 artigos. Após isso, realizou-se leitura aprofundada e obteve-se uma amostra final de 24 artigos.

### Resultados

O levantamento dos artigos incluídos é apresentado no Quadro 1. Somente um estudo da amostra final é quantitativo, todos os outros são pesquisas qualitativas. Dos 24 artigos selecionados, 22 são da base de dados LILACS e 2 da PePSIC. Os principais achados estão em torno do impacto psicossocial do sofrimento psíquico na dinâmica familiar brasileira. Os estudos apontaram sobrecarga emocional, física e financeira no cuidado e convívio com a pessoa em sofrimento existencial. A falta de conhecimento acerca do sofrimento psíquico e formas de ofertar cuidado tolheram a aceitação por parte da família. Percebeu-se que o estigma e preconceito presente na sociedade, estão também presentes no contexto familiar. Os artigos evidenciaram a necessidade de melhorias na Rede de Atenção à Saúde, bem como a demanda por ampliação de espaços que acolham também a família da pessoa em sofrimento psíquico. Por outro lado, os serviços de saúde mental surgiram na fala das famílias como um lugar de apoio emocional, acolhida, aprendizagem em relação ao cuidado ofertado à pessoa em sofrimento existencial, e responsável por fornecer informações técnicas.

<b>Autores e data</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Tipo de pesquisa</b>	<b>Principais achados da pesquisa</b>
1 - Almeida, M. H. S., e Mendonça, É. de S., 2017	LILACS	Qualitativo	A pesquisa buscou compreender as reverberações psicossociais em familiares cuidadores de um parente em situação de

			sofrimento psíquico. Constatou também a necessidade de atenção e assistência aos familiares cuidadores.
2 - Santos, C. F., Eulário, M. do C., e Barros, P. M., 2015	PEPSIC	Qualitativo	Os resultados mostraram a sobrecarga no cuidado à pessoa em sofrimento existencial. A análise das entrevistas apontou a necessidade de direcionamento dos serviços de saúde mental para a oferta de suporte técnico/clínico que busquem diminuir a sobrecarga, e espaços acolhedores que proporcionem ações e trocas de experiências entre os cuidadores. Enfatizaram a necessidade de inclusão do cuidador no projeto terapêutico.
3 - Carvalho, J. C., 2015	LILACS	Qualitativo	O estudo evidenciou a importância da família no processo de tratamento e trouxe alguns exemplos de como a Enfermagem pode ajudar essas famílias em suas dificuldades nos processos familiares.
4 - Bandeira, M., Tostes, J. G. de A., Santos, D. C. S., Lima, D. C., e Oliveira, M. S. de., 2014	LILACS	Quantitativo	Os resultados obtidos evidenciaram a sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos e mostraram que essa sobrecarga está relacionada com baixa assertividade desses cuidadores. Os dados encontrados apontaram para a necessidade

			de um planejamento de intervenções que auxiliem os familiares no desempenho do papel de cuidadores com menor sobrecarga.
5 - Vicente, J. B., Mariano, P. P., Buriola, A. A., Paiano, M., Waidman, M. A. P., e Marcon, S. S., 2013	LILACS	Qualitativo	Os resultados deste estudo mostraram que na perspectiva dos familiares é difícil a aceitação da pessoa em sofrimento psíquico na família. Evidenciaram que o estigma e preconceito estão presentes também no seio familiar. Os sentimentos de culpa, vergonha, constrangimento etc., constituíram-se como obstáculos para a aceitação da pessoa em sofrimento existencial. Identificaram também a necessidade de intervenção dos profissionais de saúde, auxiliando a família no cuidado e na relação com seu familiar adoecido.
6 - Bessa, J. B., e Waidman, M. A. P., 2013	LILACS	Qualitativo	Lacunas na assistência da rede de apoio à família e à pessoa em sofrimento psíquico foram observadas. O estudo revelou a necessidade de fortalecimento do trabalho em rede.
7 - Brischiliari, A., e Waidman, M. A. P., 2012	LILACS	Qualitativo	O estudo observou que os familiares estão carentes de informações sobre o sofrimento existencial. Acerca da relação da família

			com a pessoa em sofrimento psíquico, a pesquisa destacou sentimentos e emoções oriundos principalmente das dificuldades impostas pela doença. Ressaltou também a importância de realizar educação em saúde para efetivar a inclusão da pessoa em sofrimento psíquico na família e na sociedade.
8 - Borba, L. de O., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Labronici, L. M., e Maftum, M. A., 2011	LILACS	Qualitativo	Através do estudo, ficou evidente a demanda das famílias por falar, compartilhar suas experiências, por ter alguém que as escute. O número reduzido de famílias participantes reforçou a necessidade dos profissionais de saúde mental buscarem incluir os familiares nos projetos terapêuticos.
9 - Santin, G., e Klafke, T. E., 2011	PEPSIC	Qualitativo	A revisão teórica identificou que a clássica visão sobre a família, a qual enfatiza sua responsabilização sobre o adoecimento, e serviços pouco familiarizados com os parâmetros da Reforma Psiquiátrica dificultaram o cuidado e a reinserção da pessoa em sofrimento psíquico. É indispensável a compreensão de indissociabilidade entre sujeito e família,

			envolvendo aspectos e compreensões de adoecimento e cuidado.
10 - Almeida, A. C. M. C. H. de, Felipes, L., e Pozzo, V. C. D., 2011	LILACS	Qualitativo	A pesquisa buscou mostrar o impacto causado pelo sofrimento psíquico na família, bem como identificar qual a concepção da família acerca deste e verificar quais estratégias ela utiliza para enfrentá-lo. Constatou que a falta de conhecimento e entendimento correto sobre o sofrimento psíquico dificulta o tratamento e ressaltou a importância da família na assistência à pessoa em sofrimento psíquico.
11 - Galera, S. A. F., Zanetti, A. C. G., Ferreira, G. C. da S., Giacon, B. C. C., e Cardoso, L., 2011	LILACS	Qualitativo	A reflexão crítica abarcou achados importantes acerca da sobrecarga familiar em relação ao cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, bem como envolveu aspectos pertencentes à incompreensão dos profissionais da saúde acerca de como é vivenciado o sofrimento existencial no contexto familiar.
12 - Sant'Ana, M. M., Pereira, V. P., Borenstein, M. S., e Silva, A. L. da., 2011	LILACS	Qualitativo	O estudo identificou que há um movimento multidirecional – que comporta avanços e recuos – da família da pessoa em sofrimento psíquico em relação aos outros, ao ambiente

			e ao diagnóstico. Evidenciou que na assistência psiquiátrica o enfermeiro atua além de suas funções técnicas, estabelecendo relações interpessoais terapêuticas não só com pacientes, mas também com seus familiares.
13 - Gomes, M. F. P., Martins, M. M., e Amendoeira, J., 2011	LILACS	Qualitativo	A análise mencionou algumas dificuldades enfrentadas pelos familiares em razão da ocorrência do sofrimento psíquico. Ressaltou a ausência de referências claras de apoio por parte dos enfermeiros frente ao sofrimento destas famílias.
14 - Ribeiro, M. B. S., Martins, S. T. F., e Oliveira, L. R. de., 2009	LILACS	Qualitativo	O estudo investigou aspectos relacionados à realidade dos familiares usuários de um determinado serviço de saúde e à convivência com o sofrimento psíquico. A partir disso, foram constatadas sobrecarga econômica, social e emocional decorrentes do preconceito e da convivência com a pessoa em sofrimento existencial.
15 - Moreno, V., 2009	LILACS	Qualitativo	Neste estudo, os familiares evidenciaram a importância da própria participação no acompanhamento do portador de sofrimento psíquico, das formas de lidar com o adoecimento e da rejeição



			que enfrentam dentro da própria família. Ressaltaram a necessidade de ampliação dos recursos para que haja mudança no modo como a pessoa em sofrimento existencial é vista pela comunidade, bem como maior visibilidade do serviço de saúde frente à esta.
16 - Pimenta, E. de S., e Romagnoli, R. C., 2008	LILACS	Qualitativo	A partir da pesquisa realizada, constataram a necessidade de melhorar a relação do serviço de saúde mental com a família. Identificaram a importância da família ser incluída no cuidado voltado à pessoa em sofrimento psíquico, a fim de que ela também receba cuidados.
17 - Barroso, S. M., Bandeira, M., e Nascimento, E. do., 2007	LILACS	Qualitativo	O estudo evidenciou a sobrecarga subjetiva e objetiva apresentada pela maioria dos cuidadores. Ressaltou a importância dos serviços de saúde incluírem ações que auxiliem os familiares responsáveis pelo cuidado.
18 - Gambatto, R., e Silva, A., 2017	LILACS	Qualitativo	O estudo mencionou os avanços ocorridos após as diretrizes da Reforma Psiquiátrica que têm como propósito a reinserção da pessoa em sofrimento psíquico no âmbito social e familiar, e ressaltou o quanto é

			necessário que os serviços de saúde cuidem também da família, visto que o simples encaminhamento da pessoa em sofrimento psíquico para seu contexto familiar sem que este esteja preparado, não contribui para seu restabelecimento pleno junto à sociedade.
19 - Vecchia, M. D., e Martins, S. T. F., 2006	LILACS	Qualitativo	O estudo evidenciou algumas significações atribuídas ao sofrimento psíquico, tendo conotação de incapacidade, vergonha e improdutividade do familiar em relação à sua condição de sofrimento psíquico. Nas entrevistas realizadas, constatou-se a urgência de intervenções que auxiliem a família a apropriar de estratégias para lidar com a pessoa em sofrimento existencial. Foram identificadas irregularidades nos serviços de saúde mental.
20 - Colvero, L. de A., Ide, C. A. C., e Rolim, M. A., 2004	LILACS	Qualitativo	O estudo evidenciou que os familiares entrevistados não explicaram nem compreenderam plenamente o sofrimento psíquico de seu familiar. Os sujeitos estudados selecionaram elementos explicativos acerca do comportamento apresentado pelo familiar em sofrimento existencial como sendo ora algo de desvio

			da ordem moral, ora de moral religiosa, ora social e ora orgânica.
21 - Parente, A. da C. M., e Pereira, M. A. O., 2004	LILACS	Qualitativo	O estudo buscou identificar a percepção de pacientes psiquiátricos sobre suas famílias. Identificou dificuldades no convívio familiar.
22 - Pereira, M. A. O., 2003	LILACS	Qualitativo	A pesquisa investigou representações sociais das famílias de pacientes psiquiátricos sobre o sofrimento psíquico. Apontou também sobre a problemática da convivência com o sofrimento existencial no contexto familiar. Os resultados propuseram subsidiar projetos de expansão da rede de atenção em saúde mental.
23 - Pereira, M. A. O., & Cais, D. P., 2001	LILACS	Qualitativo	A pesquisa buscou identificar como os familiares percebiam o serviço de saúde mental que o parente adoecido fazia tratamento. Identificou o drama vivido pelos familiares no convívio com o sofrimento existencial, bem como a esperança e desesperança depositadas no local de tratamento.
24 - Oliveira, A. M. N. de., 2000	LILACS	Qualitativo	O estudo identificou, a partir da percepção da família, indiferença da equipe de saúde frente a estes e seu familiar em sofrimento.

			Ressaltou a importância do reconhecimento, por parte do profissional de saúde, de que há no silêncio da família a possibilidade de existir um grande conteúdo a ser dito, bem como a relevância da presença da família no tratamento do parente.
--	--	--	--

**Quadro 1** – Caracterização dos estudos.

Percebeu-se que a grande maioria dos estudos foram realizados por profissionais e estudantes de Enfermagem, e direcionados para a atuação destes nos serviços de saúde. Evidenciou-se a mudança nos termos de referência. De doente mental e portador de doença mental, modificou-se para pessoa em sofrimento psíquico (13; 5). Doença mental alterou-se para sofrimento psíquico, transtorno mental (10; 2). Atualmente, além dos termos mencionados, tem-se utilizado sofrimento existencial (Sá & Barreto, 2011).

A situação de sobrecarga dos familiares cuidadores e o impacto desta foi amplamente abordado nos estudos selecionados (1; 2; 4; 5; 6; 7; 9; 10; 12; 13; 14; 16; 17; 18; 19; 20; 22). Bem como a ausência de apoio dos serviços de saúde e a urgente necessidade de que a família seja incluída no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico, assim como também faça parte da rede de cuidado.

### **Discussão**

É preciso considerar que o sofrimento existencial repercute não somente na vida do sujeito em sofrimento existencial, reflete também na família, em cada um de seus integrantes, mobilizando sentimentos e comportamentos de forma singular (Borba et al., 2011; Pimenta

& Romagnoli, 2008). Quando um parente adoece, toda a rede de relações se altera e o adoecimento é vivido de modo coletivo, pelo grupo familiar como um todo (Sant’Ana et al., 2011).

Alguns tipos de sofrimento psíquico, como a esquizofrenia, têm sintomas que promovem embotamento afetivo e isolamento social. A manifestação de delírios faz com que a pessoa se sinta perseguida, desprotegida, e fique acuada. As alucinações provocam reações diversas como hiperatividade, angústia, etc. Não conseguindo compreender esses comportamentos, as famílias os associam a má conduta, incapacidade de desenvolver certas atividades, entre outras questões, podendo estigmatizar a pessoa em sofrimento psíquico como incapaz, inabilitado, dependente, incompetente e antissocial (Brischiliari & Waidman, 2012). A retirada da autonomia da pessoa em sofrimento existencial pode vir também da infantilização desta, o qual a tira de um lugar de sujeito que tem sua história, suas vontades e desejos, sua singularidade (Santin & Klafke, 2011).

O sofrimento psíquico emerge no contexto familiar como um acontecimento imprevisto, o qual exerce impacto e produz efeitos mobilizadores em sua organização (Almeida et al., 2011; Bandeira, Tostes, Santos, Lima, & Oliveira, 2014; Bessa & Waidman, 2013; Borba et al., 2011; Pimenta & Romagnoli, 2008). A manifestação dos sintomas e condição de imprevisibilidade, expressam que o sofrimento existencial é considerado um evento agudo, de caráter cíclico e estranho ao cotidiano da família (Vecchia & Martins, 2006). Ao vivenciar o sofrimento psíquico, surge na família novas demandas e necessidades, de como agir com o familiar, de informações relativas a doença, de apoio, de diálogo com os profissionais da saúde, de como deve ser o tratamento, entre outras questões (Almeida et al., 2011; Oliveira, 2000; Sant’Ana et al., 2011).

Decerto, o sofrimento existencial é um fator que pode trazer desorganização na dinâmica familiar, visto que os cuidados ao parente adoecido devem ser redobrados e os

conflitos no ambiente familiar aumentam (Borba et al., 2011; Pimenta & Romagnoli, 2008; Vecchia & Martins, 2006; Vicente et al., 2013). Não raro, o espaço familiar passa a ser acometido de tensões, brigas e desavenças, o que torna necessária uma nova forma de organização que auxilie a família a lidar com essas questões (Pimenta & Romagnoli, 2008).

As famílias que cuidam de pessoas em sofrimento psíquico sofrem modificações em diversos aspectos da sua vida. Vivenciam alterações na rotina do sono, prejuízos no trabalho, necessidade de cuidar do familiar e sobrecarga física e psicológica (Bessa & Waidman, 2013). Além disso a família convive com situações de medo e angústia em relação à recaídas e crises, não pode deixar o familiar sozinho, sofre agressões físicas e verbais, etc. Segundo Bessa e Waidman (2013) essas modificações causam sofrimento à família, principalmente no período adaptativo, visto que há despreparo e necessidade de orientação e assistência quanto ao sofrimento existencial e seu tratamento.

A situação financeira também sofre alterações com o surgimento do sofrimento psíquico (Bandeira et al., 2014; Bessa & Waidman, 2013; Brischiliari & Waidman, 2012; Oliveira, 2000; Pimenta & Romagnoli, 2008; Ribeiro, Martins, & Oliveira, 2009; Vicente et al., 2013). A sociedade rejeita o trabalho de uma pessoa em sofrimento existencial, tendo em vista que o adoecimento interfere na produtividade do trabalhador, além disso, a própria pessoa em sofrimento psíquico sente-se desestimulada e impotente diante da situação (Bessa & Waidman, 2013). Há também a situação em que o cuidador fica impossibilitado de trabalhar, em razão da necessidade de cuidar do familiar em sofrimento existencial (Ribeiro et al., 2009).

A dificuldade em conseguir emprego por parte da pessoa em sofrimento psíquico, o isolamento social e familiar, dificuldade de se relacionar com os familiares e vizinhos, alterações decorrentes de efeitos colaterais da medicação, entre outros aspectos, traz sofrimento ao sujeito e seus familiares, além da sensação de impotência sentida pela família

(Brischiliari & Waidman, 2012). A falta de compreensão acerca do adoecimento e seus efeitos podem ocasionar no afastamento de amigos e familiares, o que contribui para o fortalecimento do estigma e preconceito em relação à pessoa em sofrimento existencial (Galera et al., 2011).

Em estudos realizados com familiares de pessoas em sofrimento psíquico, o parente é apresentado como quem tem comportamentos que outras pessoas consideradas socialmente normais, não têm (Colvero et al., 2004; Vecchia & Martins, 2006). São rotulados como irresponsáveis; como pessoas que não gostam de trabalhar; que não cuidam de suas coisas e nem de si mesmas; que não se comportam de acordo com normas sociais; expressam ideias incongruentes com a realidade; que se isolam e não interagem adequadamente com outras pessoas, etc. (Colvero et al., 2004). A admissão da possibilidade de que alguém da família esteja em sofrimento existencial pode fazer com que o estigma do adoecimento psíquico recaia sobre toda a família, podendo levar os familiares à negação diante dos sintomas da pessoa em sofrimento psíquico e do que aparece como estranho para a família (Pimenta & Romagnoli, 2008).

Em alguns domicílios, a pessoa em sofrimento existencial pode ter seus direitos castrados, tendo suas opiniões ignoradas, desvalorizadas e seu discurso deslegitimado, características do modelo asilar (Brischiliari & Waidman, 2012). É possível observar em algumas situações que a pessoa em sofrimento psíquico não exerce seu direito de participar das atividades em família, sendo proibida de se expressar e, quando expressa, o faz de forma limitada, controlada e desacreditada. A pessoa em sofrimento existencial pode vivenciar desvalorização, exclusão e ausência do exercício dos próprios direitos também dentro do núcleo familiar (Parente & Pereira, 2004). Ribeiro et al. (2009) menciona que o modo asilar implica em haver pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito, em não investir na sua posição ativa e reverberar o conceito de que o único lugar de existência para a pessoa

em sofrimento psíquico seja o de paciente, tutelado, incapaz de ressignificar sua vida e seu cotidiano. Segundo Brischiliari e Waidman (2012) essa forma de agir continua atrelada às grades da institucionalização, do estigma e preconceito que perpassam desde os séculos XIX e XX, que excluía e segregavam a pessoa em sofrimento existencial.

A emergência do sofrimento psíquico pode agravar conflitos e dificuldades do cotidiano, bem como as possíveis crises ou surtos e a demanda permanente por cuidado e atenção produzem sobrecarga emocional e temporal (Gambatto & Silva, 2017). As crises geram sentimentos negativos na família, e mesmo em momentos em que elas não estão manifestas, há a apreensão de que voltem, sendo constante a preocupação com recaídas (Sant’Ana et al., 2011; Vicente et al., 2013). Em alguns casos, as internações psiquiátricas vêm sendo recorrentes, tendo em vista que algumas famílias as veem como única saída quando há o surgimento das crises (Bessa & Waidman, 2013; Borba et al., 2011). As internações psiquiátricas aparecem como uma solução para a ansiedade e o temor decorrentes da percepção da descompensação do familiar adoecido e, em alguns casos, apresenta também uma tentativa de manutenção da estrutura familiar (Sant’Ana et al., 2011). A medicação e o uso de internação vêm sendo utilizados para facilitar a convivência com a pessoa em sofrimento existencial quando esta se apresenta agressiva (Almeida et al., 2011). Alguns familiares relatam que o acompanhamento no CAPS e o acolhimento deste frente às suas necessidades e demandas por orientação e esclarecimento, os auxiliaram a lidar com situações que outrora levariam à internação (Moreno, 2009).

O ato de cuidar está presente na convivência com a pessoa em sofrimento psíquico, inclusive, o cuidado passa a ser uma necessidade diária frente às condições que o familiar se encontra. A incapacidade para realizar certas tarefas e para o autocuidado acomete grande parte das pessoas em sofrimento existencial, o que leva os familiares cuidadores a assumirem a responsabilidade de supervisionar, estimular e até fazer pelo familiar o que ele não quer ou



não consegue fazer sozinho (Vicente et al., 2013). A preocupação com os cuidados diários principalmente os que envolvem a medicação são constantes para o cuidador. Alguns familiares aceitam a função de cuidar com resignação, sendo carregada de grande afetividade, o que pode levar a entender que o cuidador não foca apenas os aspectos negativos do cuidar, mas considera também os aspectos positivos e gratificantes, todavia, essa ação pode ser um recurso encontrado pelo cuidador para conter sentimentos negativos provindos da sobrecarga do ato de cuidar (Santos et al., 2015). A grande maioria dos cuidadores são mulheres, realidade que corrobora para uma feminização do encargo de cuidar da pessoa em sofrimento psíquico (Almeida & Mendonça, 2017; Barroso et al., 2007; Pereira, 2003; Ribeiro et al., 2009; Santin & Klafke, 2011).

O cuidado com a pessoa em sofrimento existencial traz encargos para a família, podendo ser classificadas como sobrecargas financeiras, nas rotinas familiares, como doença física ou emocional e as alterações das atividades de lazer e relações sociais (Almeida et al., 2011; Galera et al., 2011). O medo de sofrer agressão, a constante atenção e cuidado para que a pessoa em sofrimento psíquico não coloque sua vida nem a vida das pessoas ao seu redor em risco e que também faça o tratamento medicamentoso correto traz grande sobrecarga familiar (Ribeiro et al., 2009; Santin & Klafke, 2011). Há basicamente dois tipos de sobrecarga, a objetiva e a subjetiva (Barroso, Bandeira, & Nascimento, 2007; Pereira, 2003; Pereira & Cais, 2001; Santos et al., 2015). A objetiva trata-se de consequências negativas relacionadas a prejuízos em relação à rotina, vida social e profissional dos familiares, perdas financeiras, cuidados com o paciente, agressões físicas e verbais, condutas inadequadas, entre outras questões. A subjetiva refere-se à como o familiar cuidador se percebe e se avalia perante a situação e função de cuidador (Galera et al., 2011).

O encargo emocional refere-se aos prejuízos emocionais decorrentes do fardo do cuidado e é decorrente dos sentimentos de responsabilidade, atenção, a necessidade em ter

que ser forte mesmo diante de intenso desgaste físico, assim como esquecer-se de si para dar prioridade aos cuidados da pessoa em sofrimento psíquico (Santos et al., 2015). Quando o cuidador não recebe apoio familiar, a sobrecarga é ainda maior, uma vez que a função de cuidar leva o familiar a abster-se de práticas cotidianas da própria vida, como trabalhar, participar de atividades sociais e cuidar de si mesmo (Santos et al., 2015; Vicente et al., 2013). Pimenta e Romagnoli (2008) mencionam que a sobrecarga vivenciada pela família por ocasião da alta hospitalar pode desencadear rejeição e incompreensão, bem como acarretar reinternações sucessivas ou até mesmo internação permanente. A satisfação com os sistemas de saúde e apoio destes estão associados à diminuição da sobrecarga (Moreno, 2009).

A firmeza do cuidador em sua posição responsável pode advir da certeza de que raramente contará com outra pessoa que o ajudará na sua tarefa, seja no meio familiar ou social (Santos et al., 2015). As preocupações acerca de quem cuidará do familiar em sofrimento psíquico, com quem ele ficará, como será cuidado, etc., pesam aos pais e cuidadores (Brischiliari & Waidman, 2012; Galera et al., 2011). Santin e Klafke (2011) chamaram a atenção para a grande quantidade de familiares que faziam o uso de medicamentos psiquiátricos, em especial antidepressivos e benzodiazepínicos, o que pode ter relação com a sobrecarga causada pelo cuidado. As dificuldades e os sofrimentos causados pela convivência e cuidado para com a pessoa em situação de sofrimento psíquico pode adoecer também os familiares (Almeida & Mendonça, 2017). A necessidade de vigilância contínua pode ser associada a um intenso nível de simbiose entre o cuidador e a pessoa em sofrimento existencial, o que pode cristalizar as relações que colocam esta pessoa em um lugar fixo e rígido de dependente (Ribeiro et al., 2009). Paciência e afeto são mencionados como facilitadores e auxiliares no cuidado e na convivência com a pessoa em sofrimento psíquico (Almeida et al., 2011; Moreno, 2009; Sant'Ana et al., 2011).

Brischiliari e Waidman (2012) enfatizam a dificuldade existente por parte dos familiares em buscar apoio especializado para o encargo causado pelas vivências resultantes da sintomatologia do sofrimento psíquico em seu parente. Quando isso acontece, uma das formas mais utilizadas como meio de se protegerem é o afastamento e isolamento social. Familiares deixam de frequentar a casa da pessoa em sofrimento existencial, bem como os que residem com o familiar adoecido deixam de sair de casa, não exercitando o convívio social com receio de que alguma situação venha causar constrangimento (Almeida & Mendonça, 2017; Almeida et al., 2011; Barroso et al., 2007; Oliveira, 2000; Ribeiro et al., 2009; Sant'Ana et al., 2011).

As dificuldades enfrentadas pelos familiares na relação com o adoecimento do parente são permeadas por sentimentos de culpa, perda, medo, pena, tristeza, vergonha, piedade, frustração em relação às suas expectativas quanto ao desenvolvimento do familiar adoecido, dificuldade de comunicação e interação, bem como por questões de conflitos e tensões na família (Almeida & Mendonça, 2017; Borba et al., 2011; Brischiliari & Waidman, 2012; Galera, Zanetti, Ferreira, Giacon, & Cardoso, 2011; Vicente et al., 2013). Ter um familiar em situação de sofrimento psíquico pode abalar o ideal que a família tem de si e sua autoconfiança (Almeida & Mendonça, 2017). O adoecimento pode representar para a família fracasso de esforços, incapacidade de cuidar do familiar, frustração em relação a um projeto de vida e desperdício de anos de dedicação (Borba et al., 2011; Pimenta & Romagnoli, 2008), como também dificuldades decorrentes do descompasso temporal, o qual é determinado pela incompatibilidade no ritmo de vida do familiar e da família, o que pode gerar desgaste físico e emocional, sobrecarga e perdas de diferentes ordens (Vicente et al., 2013).

A busca por explicação acerca da emergência do sofrimento existencial perturba as famílias. Muitas vezes, sem informações satisfatórias e respostas para suas indagações, alguns familiares iniciam um processo de sofrimento e culpabilização (Almeida &

Mendonça, 2017; Pimenta & Romagnoli, 2008). Algumas explicações para o adoecimento psíquico do familiar que surgem nas falas dos familiares são mencionadas por alguns autores, as quais: situações do passado, criancice, meio de vida, falta de responsabilidade, preguiça, problemas da mente e/ou espírito, fatores hereditários, experiências difíceis no percurso da vida, “cismas”, situação de instabilidade no país – o familiar relata que o ente adoecido “colocou na cabeça” que passaria fome –, dificuldades financeiras vividas, formação familiar que foge ao padrão da família nuclear, enfermidade de nascença sem possibilidade de remissão, condição orgânica incapacitante e, por último, alguns familiares encontram explicação na religiosidade (Colvero et al., 2004; Oliveira, 2000; Pereira, 2003; Sant’Ana et al., 2011; Vecchia & Martins, 2006).

A religião aparece como forma de auxílio no enfrentamento dos encargos e dificuldades provindos do cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico (Santin & Klafke, 2011; Santos et al., 2015). A crença e as práticas religiosas diminuem a ansiedade, a angústia e a depressão; amenizam a dor e propiciam a esperança de cura, por meio do poder delegado a um ser divino (Santos et al., 2015; Vecchia & Martins, 2006). A religião também promove, por intermédio da igreja, um grupo de suporte no tratamento. A cura surge como sendo dependente da submissão à vontade de Deus e/ou dependente da vontade do familiar em sofrimento psíquico (Vecchia & Martins, 2006). Há situações que os familiares adquirem consciência de que o sofrimento existencial não tem cura, sendo uma vivência que traz sofrimento e exaustão (Oliveira, 2000).

Os impasses vivenciados pela família frente a presença do sofrimento psíquico podem tolher a aceitação do familiar adoecido (Carvalho, 2015). O medo diante das ações imprevisíveis do parente, a não remissão dos sintomas e os fracassos sociais prejudicam e limitam o relacionamento interpessoal e é um grande obstáculo para a aceitação da pessoa em sofrimento existencial (Colvero et al., 2004, Vicente et al., 2013). A vergonha e o

constrangimento dos familiares frente aos comportamentos inadequados do parente adoecido, principalmente quando aspectos particulares da convivência com a pessoa em sofrimento psíquico se tornam públicos, dificultam a convivência, a interação social, e novamente a aceitação deste (Vicente et al., 2013). A aquisição de informações sobre o adoecimento, o tratamento e sobre como lidar com o sofrimento existencial e suas reverberações, auxilia na transformação do olhar acerca do familiar adoecido e sua condição, possibilitando maior aceitação e melhor enfrentamento da situação (Sant’Ana et al., 2011).

Em relação à fase de adaptação da família, percebe-se a falta de preparo para lidar com as novas situações e demandas que surgem (Almeida et al., 2011; Bessa & Waidman, 2013; Pimenta & Romagnoli, 2008). Esse é o momento que o apoio profissional da rede de serviço em saúde mental se faz necessário. Contudo, tem-se observado a ausência de suporte e assistência por parte dos profissionais da rede, o que produz aos familiares sobrecarga física e sofrimento psíquico ainda maior (Bessa & Waidman, 2013). O suporte social e familiar pode atuar como fator protetor, minimizando os efeitos estressores de atividades e cuidados diários com o adoecimento psíquico, bem como auxilia na adaptação relacionada à convivência com a pessoa em sofrimento existencial (Vicente et al., 2013).

Uma outra realidade apresentada é a de que o serviço de saúde mental surge na fala dos cuidadores como sendo responsável por informações técnicas, apoio emocional, acolhimento de seus sofrimentos e de aprendizagem no cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico (Galera et al., 2011; Sant’Ana et al., 2011). Os Centros de Atenção Psicossocial possibilitam uma nova compreensão aos familiares sobre o cuidado, bem como estes ressaltam que após a inclusão da pessoa em sofrimento existencial no tratamento e a participação da família no serviço, houve melhora na qualidade de vida do familiar adoecido e diminuição do preconceito no ambiente familiar (Santos et al., 2015). Outra ação da rede é elaborar estratégias que rompem com os estigmas sociais relacionados à pessoa em

sofrimento psíquico. Em razão do histórico afastamento da família no tratamento do parente em sofrimento existencial e a designação de um lugar de passividade, alguns familiares se veem desencorajados de questionar o saber médico, mesmo quando não compreendem os métodos e direcionamentos estabelecidos pela equipe (Oliveira, 2000).

Em algumas situações, os serviços de saúde veem a família somente como informante das alterações apresentadas pelo parente adoecido, ao passo que não fornecem espaço e lugar de escuta para as demandas da própria família (Colvero et al., 2004). Os familiares que procuram suporte dos serviços de saúde apresentam demandas variadas, como dificuldade em lidar com as situações de crise, conflitos familiares emergentes, dificuldades materiais, complexidades do relacionamento com o ente adoecido, expectativas frustradas de cura, desconhecimento do sofrimento existencial, entre outras questões. O cuidado oferecido pela rede precisa incluir o familiar como alguém que tem muito a dizer, especialmente sobre o próprio sofrimento e o quanto este mobiliza em sua vida (Almeida & Mendonça, 2017; Ribeiro et al., 2009).

Ao se vincularem ao CAPS, o serviço se torna referência das famílias, que até então não contavam com um espaço para falarem sobre suas demandas. A possibilidade de trocar experiências com outras pessoas e de ouvir as dificuldades provenientes do convívio e cuidado com o parente adoecido podem proporcionar identificação e possibilitar certo alívio para a sensação de isolamento e solidão (Galera et al., 2011). Alguns cuidadores não podem contar com suas famílias, sendo o CAPS o único suporte fora do contexto familiar (Santin & Klafke, 2011). Vale ressaltar que a atenção à saúde mental deve ser ofertada no território, como preconiza a Lei 10.216/01 (Brasil, 2001), bem como é fundamental que a pessoa em sofrimento psíquico retorne ao convívio familiar, porém, é essencial que esse retorno receba devido suporte e assistência dos serviços de saúde (Vecchia & Martins, 2006).

É imprescindível que a Rede de Saúde Mental composta de diversas ações incluindo intervenções na Atenção Primária auxiliem no tratamento, cumprindo a lógica do cuidado integral (Almeida & Mendonça, 2017). Nessa proposta, a atenção em saúde mental acontece em rede, possibilitando o movimento contínuo e integral de ações de atenção à saúde mental, articulando distintos pontos de cuidado. A Rede de Atenção em Saúde Mental constitui-se pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção em urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Essa rede inclui a Atenção Primária, composta pelos serviços de Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); a Atenção Secundária composta por Ambulatórios de Saúde Mental e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e inclui também a Atenção Terciária, a qual é composta por hospitais e unidades de urgência e emergência (Brasil, 2016).

### **Considerações Finais**

A relação entre família e pessoa em sofrimento existencial é permeada por dificuldades, embates e demandas. O surgimento do sofrimento psíquico no contexto familiar faz emergir necessidades outrora inexistentes. O espaço familiar passa a ser acometido por tensões e desavenças, o que torna preciso uma nova forma de organização.

As dificuldades que atravessam a família frente a pessoa em sofrimento existencial e os sentimentos negativos, podem intrinchar a aceitação do familiar e sua condição. O alcance de informações acerca do adoecimento, do tratamento e de como lidar com o sofrimento existencial podem auxiliar na transformação do olhar frente ao familiar adoecido, auxiliando a aceitação deste.

A família vivencia diversas modificações ao cuidar da pessoa em sofrimento psíquico. Essas transformações trazem angústia, principalmente no período de adaptação, uma vez que as famílias se sentem despreparadas e necessitam de orientação e assistência quanto ao sofrimento existencial e seu tratamento. Neste momento, é imprescindível o apoio profissional da rede de saúde. O suporte social e familiar além de auxiliarem a ressocialização e reabilitação da pessoa em sofrimento existencial, minimizam os efeitos estressores do cuidado e convivência diária com o adoecimento.

O medo, as tensões, os receios, a vergonha, os desgastes provindos do cuidado diário com a pessoa em sofrimento existencial, entre outras questões, favorecem o isolamento social. Os serviços de saúde mental surgem na fala das famílias como sendo sua rede social. Ao vivenciarem um espaço para trocas de experiências, compartilhamento sobre as dificuldades e os desafios advindos do convívio e cuidado com o adoecimento psíquico, bem como a oportunidade de serem ouvidos, os familiares experienciam certo alívio para a solidão e o isolamento que sentem. Alguns cuidadores não podem contar com suas famílias, sendo o serviço de saúde o único suporte.

As constantes preocupações e as demandas por cuidado, amparo e auxílio, sobrecarregam os cuidadores. O apoio da rede de saúde pode auxiliar na diminuição dessa sobrecarga. É imprescindível que a rede ampare e cuide do familiar como alguém que tem muito a dizer, inclusive sobre o próprio sofrimento. Pode haver muito a ser dito no silêncio, como modo de discurso, da família. Há o entendimento de que é fundamental considerar suas demandas e as dificuldades inerentes à relação e ao convívio com a pessoa em sofrimento existencial, acolhendo-o e conferindo-lhe suporte.

Os serviços de saúde são vistos como fontes de informações, amparo e acolhimento. Proporcionam uma nova forma de conviver e de se relacionar, permite trocas afetivas e desenvolvimento de novos vínculos, estende a rede social das famílias e possibilita vivenciar



de modo compartilhado, o cuidado oferecido ao familiar adoecido. Faz-se necessária a ampliação de recursos que acolham a pessoa em sofrimento existencial e sua família, assim como auxiliem na transformação do modo como aquele é visto pela comunidade.

A maioria dos artigos estudados se direcionaram para profissionais da Enfermagem. Ressalta-se a importância de que novas pesquisas sejam realizadas com direcionamentos para outras áreas da saúde, a fim de que o olhar sobre a dinâmica relacional entre a família e a pessoa em sofrimento existencial seja mais íntegro.

As mudanças políticas que ocorreram no início deste ano adotadas sob o governo de Jair Bolsonaro, estão na contramão das conquistas alcançadas pela Reforma Psiquiátrica e pela Lei 10.216/01, as quais valorizam a desinstitucionalização; cuidado territorial; atenção humanizada; reabilitação e reinserção da pessoa em sofrimento psíquico no contexto social e familiar; cuidado e serviços extra-hospitalares; implantação da RAPS, entre outras. As normativas em questão favorecem o asilamento, a exclusão, o silenciamento das pessoas em sofrimento psíquico, bem como as práticas manicomiais que ferem a dignidade humana. É preciso uma reflexão ampliada onde a preocupação seja o cuidado das pessoas e não em atender o interesse de um mercado econômico grandemente lucrativo, sendo os hospitais psiquiátricos.

## Referências

- Almeida, A. C. M. C. H. de, Felipes, L., & Pozzo, V. C. D. (2011). O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (6), 40-47. Recuperado em 25 de junho de 2018, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602011000200007&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000200007&lng=pt&tlng=pt) \*
- Almeida, M. H. S., & Mendonça, É. de S. (2017). Um olhar à família: ressonâncias psicossociais em familiares que convivem com uma pessoa em situação de transtorno mental. *Barbarói*, (49), 1-24. doi: 10.17058/barbaroi.v0i49.6617 \*<sup>2</sup>
- Bandeira, M., Tostes, J. G. de A., Santos, D. C. S., Lima, D. C., & Oliveira, M. S. de. (2014). Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade. *Psico – USF*, 19(3), 399-409. doi: 10.1590/1413-82712014019003003 \*
- Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. do. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34(6), 270-277. doi: 10.1590/S0101-60832007000600003 \*
- Bessa, J. B., & Waidman, M. A. P. (2013). Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(1), 61-70. doi: 10.1590/S0104-07072013000100008 \*
- Borba, L. de O., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Labronici, L. M., & Maftum, M. A. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 442-449. doi: 10.1590/S0080-62342011000200020 \*
- Brasil. Ministério da Saúde. *CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília. Recuperado em 11 de fevereiro de 2019, de: <http://cnes.datasus.gov.br/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Brischiliari, A., & Waidman, M. A. P. (2012). O portador de transtorno mental e a vida em família. *Escola Anna Nery*, 16(1), 147-156. doi: 10.1590/S1414-81452012000100020 \*
- Carvalho, J. C. (2015). A família e as pessoas com experiência de doença mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (14), 6-8. doi: 10.19131/rpesm.0099 \*
- Colvero, L. de A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 197-205. doi: 10.1590/S0080-62342004000200011 \*
- Galera, S. A. F., Zanetti, A. C. G., Ferreira, G. C. da S., Giacon, B. C. C., & Cardoso, L. (2011). Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 774-778. doi: 10.1590/S0034-71672011000400022 \*
- Gambatto, R., & Silva, A. (2017). Reforma Psiquiátrica e a reinserção do portador de transtorno mental na família. *Psicologia Argumento*, 24(45), 25-33. Recuperado em 23 de agosto de 2018, de <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19943/19239> \*
- Gomes, M. F. P., Martins, M. M., & Amendoeira, J. (2011). As famílias com doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (5), 52-58. Recuperado em 14 de julho de 2018, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602011000100008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000100008&lng=pt&tlng=pt) \*

---

\* Estudos da revisão.

- Gonçalves, D. M., & Kapczinski, F. (2008). Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(7), 1641-1650. doi: 10.1590/S0102-311X2008000700019
- Lussi, I. A. de O., Ferigato, S. H., Gozzi, A. de P. N. F., Fernandes, A. D. S. A., Morato, G. G., Cid. M. F. B. et al. (2019). Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. *Cad. Bras. Ter. Ocup*, 27(1), 1-3. doi: 10.4322/2526-8910.ctoED2701
- Mendes K. D. S., Silveira R. C. C. P., & Galvão C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018
- Ministério da Saúde. (2016). Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. *Relatório de Gestão 2011-2015*. Recuperado em 12 de julho de 2018, de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>
- Ministério da Saúde. (2019). Nota Técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS. Recuperado em 10 de setembro de 2019, de <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Moreno, V. (2009). Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 566-572. doi: 10.1590/S0080-62342009000300010 \*
- Oliveira, A. M. N. de. (2000). Compreendendo o significado de vivenciar a doença mental na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(spe), 153-154. doi: 10.1590/S0034-71672000000700026 \*
- Paiva, P. C., Torrenté, M. de O. N., Landim, F. L. P., Branco, J. G. de O., Tamboril, B. C. R., & Cabral, A. L. T. (2016). Sofrimento psíquico e a abordagem da comunidade na voz do agente comunitário de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 50, 139-144. doi: 10.1590/S0080-623420160000300020
- Parente, A. da C. M., & Pereira, M. A. O. (2004). Percepção de pacientes psiquiátricos sobre suas famílias: um espelho de dois lados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(1), 44-47. doi: 10.1590/S0034-71672004000100009 \*
- Pereira, M. A. O. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 71-82. doi: 10.1590/S1414-32832003000100006 \*
- Pereira, M. A. O., & Cais, D. P. (2001). A percepção de familiares de pacientes psiquiátricos a respeito do serviço de saúde oferecido. *R. gaúcha Enferm.*, 22(2), 90-101. Recuperado em 16 de agosto de 2018, de <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4381/2329> \*
- Perrusi, A. (2015). Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos. *Tempo social, revista de sociologia da USP*, 27(1), 139-159. doi: 10.1590/0103-20702015017
- Pimenta, E. de S., & Romagnoli, R. C. (2008). A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3(1), 75-84. Recuperado em 22 de agosto de 2018, de [https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume3\\_n1/pdf/Pimenta\\_Romagnoli.pdf](https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume3_n1/pdf/Pimenta_Romagnoli.pdf) \*
- Ribeiro, M. B. S., Martins, S. T. F., & Oliveira, L. R. de. (2009). Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(2), 133-140. doi: 10.1590/S1413-294X2009000200006 \*

- Rocha, S. V., Almeida, M. M. G., Araújo, T. M., & Virtuoso, J. J. S. (2010). Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 630-640. doi: 10.1590/S1415-790X2010000400008
- Sá, R. N. de, & Barreto, C. L. B. T. (2011). A noção fenomenológica de existência e as práticas psicológicas clínicas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(3), 389-394. doi: 10.1590/S0103-166X2011000300011
- Sant'Ana, M. M., Pereira, V. P., Borenstein, M. S., & Silva, A. L. da. (2011). O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(1), 50-58. doi: 10.1590/S0104-07072011000100006 \*
- Santin, G., & Klafke, T. E. (2011). A família e o cuidado em saúde mental. *Barbaroi*, (34), 146-160. Recuperado em 15 de julho de 2018, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&tlng=pt) \*
- Santos, C. F., Eulário, M. do C., & Barros, P. M. (2015). O sentido do cuidar para familiares de pessoas com transtorno mental: um estudo descritivo. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 23(2), 27-35. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v23n2p27-35 \*
- Vecchia, M. D., & Martins, S. T. F. (2006). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 159-168. doi: 10.1590/S1413-294X2006000200005 \*
- Vicente, J. B., Mariano, P. P., Buriola, A. A., Paiano, M., Waidman, M. A. P., & Marcon, S. S. (2013). Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 54-61. doi: 10.1590/S1983-1447201300 \*